



## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

Nome Completo do Candidato:	
Número do CPF:	
Nome da deficiência conforme Código CID:	
Cidade e Estado:	
Área de Estudo:	

Eu, candidato (a) acima qualificado (a), inscrito (a) no Processo Seletivo Simplificado para Recrutamento de Professor Substituto da UFAL, venho Requerer a V.Sa. condições especiais para fazer as Provas do referido Processo Seletivo, anexando, como meio comprobatório e de acordo com o Especificado no Edital de Abertura nº 30/2017 que rege o Certame, Laudo Médico com a especificação do tipo de necessidade e/ou deficiência do qual sou portador(a) (Código CID). Para tanto identifico abaixo o tipo de recurso necessário para o dia da prova e que mais se adequará a minha deficiência/necessidade.

### 1. NECESSIDADES FÍSICAS

- mesa para cadeiras de rodas  
 mesa e cadeiras separadas (gravidez de risco)  
 mesa e cadeiras separadas (obesidade)  
 mesa e cadeiras separadas (limitações físicas)  
 sala para amamentação  
 sala individual (candidatos com doenças contagiosas/outras)  
 sala térrea (dificuldade de locomoção)

prova ampliada (fonte entre 14 e 18)

Fonte 14

Fonte 16

Fonte 18

prova superampliada (fonte entre 20 e 22) (amblíope)

Fonte 20

Fonte 22

### 1.1. AUXÍLIO PARA PREENCHIMENTO

- da prova escrita (dificuldade/impossibilidade de escrever)

### 1.2. AUXÍLIO PARA LEITURA DA PROVA (LEDOR)

- tetraplegia

### 2. NECESSIDADES VISUAIS (CEGO OU PESSOA COM BAIXA VISÃO)

- auxílio na leitura da prova (ledor)

### 3. NECESSIDADES AUDITIVAS (PERDA TOTAL OU PARCIAL DA AUDIÇÃO)

- intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais)

4.  AMAMENTAÇÃO

Declaro conhecer e aceitar todas as normas estabelecidas no Edital de Abertura nº 30/2017.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.  
(Cidade/Estado) (dia) (mês)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato